

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 227

De l'ÉTRANGLEMENT de l'INTESTIN GRÈLE
dans le PROLAPSUS du GROS INTESTIN
au niveau des anus contre nature

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 16 Décembre 1924

PAR

Constantin P. PÉTROPOULOS

né à LARISSA (Grèce) le 3 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

DE L'ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN GRÊLE
DANS LE PROLAPSUS DU GROS INTESTIN
AU NIVEAU DES ANUS CONTRE NATURE.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553205_0105

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 227

De l'ÉTRANGLEMENT de l'INTESTIN GRÈLE
dans le PROLAPSUS du GROS INTESTIN
au niveau des anus contre nature

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION DE MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

le 16 Décembre 1924

PAR

Constantin P. PÉTROPOULOS

né à LARISSA (Grèce) le 3 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	TIXIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BERARD.
Clinique ophtalmologique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	ROLLET.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des enfants.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des femmes.....	WEIL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	VILLARD.
Clinique des maladies des voies urinales.....	LANNOIS.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	ROCHET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie biologique et médicale.....	CLUZET.
Chimie organique et Toxicologie.....	MOREL.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRETIN.
Anatomie	GUIART.
Histologie	LATARJET.
Physiologie	POLICARD.
Pathologie interne	DOYON.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	COLLET.
Anatomie pathologique	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	ARLOING (F.).
Hygiène	Etienne MARTIN.
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	COURMONT (P.).
Pharmacologie	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	X.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; PATEL, assesseur ;

BONNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je leur dédie ce modeste essai, humble et trop faible témoignage de mon amour, de mon attachement et de ma reconnaissance filiaux ineffables, pour l'abnégation et les nombreux sacrifices auxquels ils se sont résignés.

A MES FRÈRES, A MA SOEUR

Je suis heureux de leur en témoigner mon affection et ma tendresse infinies.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

*Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Lyon
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

*Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur*

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

*De la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Lyon*

*De la Faculté d'Athènes
De l'Ecole du Service de Santé Militaire*

AVANT - PROPOS

Après avoir vécu quatre ans de labeur en France, nous venons aujourd'hui, en fin de notre scolarité médicale, poser notre candidature au doctorat avec une certaine émotion. Hélas, nous ne le considérons guère comme la fin de nos études, mais plutôt comme leur début plus éprouvé et plus ardent.

Avant d'aller plus loin, nous nous arrêtons un instant, cédant à une obligation morale à acquitter, et qui nous est une satisfaction, d'exprimer à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et des Hôpitaux nos sentiments d'une profonde et très sincère gratitude, d'avoir contribué par leurs enseignements et leurs principes aussi savants que précieux dont nous sommes redevables à la mise en place de la première pierre de notre édifice médical. Ils serviront de guide et de phare dans notre carrière.

Maintes fois, ils nous ont témoigné leur aménité et leur sympathie touchantes. Vraiment nous n'en pouvons nullement demeurer invulnérable.

Parmi nos maîtres, nous tenons à remercier très vivement notre maître, M. le Professeur Tixier, et lui exprimer notre profonde reconnaissance. Nous avons profité

le plus possible de son savant et admirable enseignement clinique. Sa minutie en général, la précision, la ponctualité de sa méthode clinique, son zèle envieux pour l'intérêt de ses malades, et enfin ses conseils nous ont indubitablement captivé. Nous nous flattons d'avoir fréquenté son service pendant trois ans et de lui être redevable de la plupart de nos connaissances chirurgicales. Il nous fait le grand honneur d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Notre maître, M. le Professeur agrégé P. Bonnet, a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, pour lequel il ne nous a ménagé ni son temps ni ses précieux conseils. Nous lui adressons notre véritable reconnaissance et nos très vifs remerciements d'avoir contribué précieusement à la rédaction et à l'illustration de notre travail par ses impeccables dessins.

M. le Docteur A. Ricard, ancien interne des Hôpitaux, aura droit à toute notre gratitude de nous avoir prêté très courtoisement les dessins et l'observation corrigée.

Enfin, nous serions ingrat si nous oublions d'adresser à M. le Docteur R. Massart, de Paris, nos plus vifs remerciements pour son observation et ses dessins inédits qu'il nous a communiqués si affablement.

DE L'ÉTRANGLEMENT DE L'INTESTIN GRÊLE DANS LE PROLAPSUS DU GROS INTESTIN AU NIVEAU DES ANUS CONTRE NATURE.

INTRODUCTION

Parmi les accidents observés au niveau des anus contre nature, l'étranglement de l'intestin grêle engagé dans le sac d'un prolapsus du gros intestin ouvert à la paroi, est un accident connu, mais exceptionnel. L'observation publiée par Gosset, dans la thèse de Géraud, était signalée comme un fait isolé. Un article de Guibé, dans la *Revue de Chirurgie* de 1916, réunit à l'occasion d'un cas personnel 4 observations publiées et une observation inédite. Il présente une étude d'ensemble très approfondie de cet accident.

Une observation récente que nous ont confiée MM. Bonnet et Ricard est à l'origine de notre travail. A cette occasion, nous reprenons aujourd'hui une étude d'ensemble de la question qui complète sur certains points et modifie sur d'autres quelques considérations contenues dans l'article de Guibé, article auquel nous empruntons l'essentiel et auquel il convient de se reporter.

Notre travail ne prétend pas donner à ce sujet toute son ampleur. Notre but est surtout de grouper les observations, au nombre de 7, sur la base desquelles nous avons tenté d'édifier un aperçu aussi précis que possible de cette complication un peu particulière des anus contre nature.

Etiologie.

Nous l'avons dit : *l'hédrocèle étranglée*, ou étranglement du grêle engagé dans le sac d'un anus contre nature *est un accident très rare.*

On pourrait croire, à priori, qu'il est particulier à la cæcostomie. Il n'en est rien :

dans 3 de nos observations, l'étranglement se fit au niveau d'une cæcostomie ;

dans 4 observations, un *anus iliaque gauche* était en cause.

Dans toutes les observations, il s'agissait d'anus latéral ou d'anus en canon de fusil. Dans aucun cas, il ne s'agissait d'anus terminal avec fixation du mésentère.

Peu importe, semble-t-il, l'affection pour laquelle l'anus avait été pratiqué : dans 4 cas, il s'agissait de cancer de l'anse sigmoïde; dans un cas d'adhérences pelviennes multiples; dans un cas enfin, un rétrécissement syphilitique du rectum avait nécessité la sigmoïdostomie.

Les dimensions de l'anus contre nature, ou plutôt de la brèche pariétale ne sont pas sans influence sur la facilité de production de cet accident. La largeur de l'orifice aponévrotique qui favorise l'éventration favorise sans

doute aussi le prolapsus et l'engagement du grêle. Plus encore que la largeur de la brèche aponévrotique, la cicatrice cutanée inextensible semble réaliser un agent d'étranglement. Dans l'observation d'Usteri, la faiblesse de la paroi aponévrotique avait donné lieu à une éventration sous-cutanée et l'étranglement du grêle s'était fait à travers la cicatrice des téguments.

Guibé fait remarquer dans deux observations une particularité qui pourrait bien n'avoir pas été sans influence sur le développement de la complication : deux malades avaient pris l'habitude d'oblitérer leur fistule intestinale à l'aide d'un corps étranger (tampon de bois garni de compresses (Bode); espèce de bouchon de verre (Ustéri). Or, il semble bien que la présence de ce corps étranger au niveau de l'orifice intestinal ne pouvait qu'amener l'augmentation progressive de ses dimensions, et par suite, favoriser la production du prolapsus.

Dans tous les cas, il s'agissait de sujets âgés : 61, 75, 74, 60 ans, environ 67, 53 ans, et dans 6 cas sur 7 d'hommes âgés, cela n'a pas lieu de surprendre, étant donné les causes qui nécessitent le plus souvent l'établissement d'un anus, et nous ne croyons pas devoir attribuer trop de valeur à la faiblesse de la paroi abdominale, pas plus qu'à l'atonie des tuniques intestinales.

L'ancienneté de l'anus ne semble pas intervenir pour favoriser la production de l'hédrocèle. S'il est vrai, comme le dit Guibé, que quelques cæcostomies étaient de dates très anciennes : cinq ans et demi (Ustéri); deux ans (Bode), le malade de MM. Bonnet et Ricard avait été opéré quelques mois auparavant. Les accidents apparurent

chez le malade de M. Massart un mois après l'établissement de l'anüs.

Il est plus intéressant de connaître les relations de cause à effet entre le prolapsus et l'étranglement du grêle. Le prolapsus réalise le sac dans lequel s'engage l'intestin. Dans quelques observations, le prolapsus préexistait et l'engagement, ou du moins l'étranglement du grêle se fit secondairement (obs. de Gosset et Bode). Dans d'autres cas, l'apparition du prolapsus et l'étranglement du grêle sont simultanés. Le prolapsus se manifeste pour la première fois, et d'emblée irréductible, au moment où l'intestin s'engage et s'étrangle d'emblée (Guibé, Ustéri, Massart, Bonnet et Ricard).

C'est là un fait essentiel. Car, nous le verrons, il ne s'agit dans aucun cas d'étranglement intrasacculaire comme cela a lieu dans la hernie ombilicale et comme on est tenté de le croire, à priori, mais d'un étranglement du grêle à travers l'orifice cicatriciel de l'anüs, agent de l'étranglement.

Tantôt le grêle trouve dans le prolapsus un sac préformé, tantôt, brusquement chassé dans l'effort, il pousse devant lui la paroi flasque du gros intestin qui ferme en opercule l'orifice de l'anüs, la refoule, la déroule au devant de lui et s'en coiffe.

Il semble donc à priori que l'effort joue un rôle essentiel dans la production simultanée du prolapsus et de l'étranglement du grêle. La lecture des observations ne semble pourtant pas le confirmer : « sauf le cas de Gosset, « dit Guibé, jamais l'étranglement n'a été provoqué par « un violent effort, et encore, dans le cas de Gosset, l'effort ne semble-t-il pas avoir été bien violent (effort de

« défécation, puis effort brusque pour changer une alèze).
« Dans les trois autres cas, c'est en quelque sorte insi-
« dieusement que s'est effectué l'étranglement. Le malade
« de Bode, fortement constipé, avait pris le soir de l'huile
« de ricin. Sans effort de défécation, vers le matin, il était
« réveillé par de vives douleurs et constatait peu après
« l'existence de la lésion.

« C'est à la suite d'une promenade que la malade d'Us-
« téri se trouvait gênée et qu'elle constatait la présence
« de la lésion ; mais elle n'invoquait pour l'expliquer au-
« cun effort. Quant à notre malade, sans doute, il avait
« porté le matin un seau assez lourd ; mais à ce moment,
« il n'avait rien éprouvé, et c'est seulement à la fin de
« son déjeuner qu'il commença à ressentir les premiers
« troubles. »

Dans l'observation de MM. Bonnet et Ricard, l'influen-
ce de l'effort semble plus nette; le 7 mars 1924, il eut une
indigestion, et vers 14 heures, dans des efforts de vomis-
sements, ressentit une douleur dans la région iliaque
droite ; en même temps, il se constitua brusquement une
tumeur volumineuse.

Anatomie pathologique et Pathogénie.

L'aspect anatomique du prolapsus, sac herniaire, est au premier abord très complexe, et l'on a peine, dans l'énorme masse violacée qui fait saillie hors de l'abdomen, à se rendre compte de la constitution même du sac, et à imaginer ce qui se passe à l'intérieur de lui.

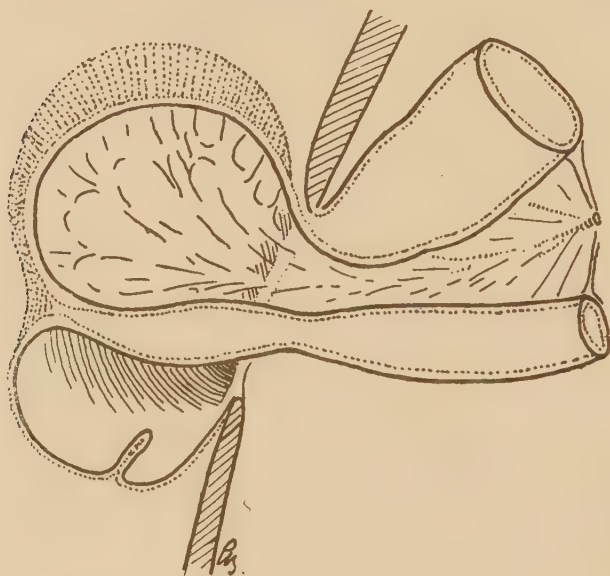
Le sac, en effet, est de constitution complexe. Ce qui se passe à l'intérieur est en général simple.

1° LE SAC HERNIAIRE :

Le sac herniaire est formé par les parois de l'intestin prolabé à travers l'orifice de l'anus contre nature. Il se présente par sa face muqueuse, membrane extérieure du sac, mais celle-ci tellement altérée, soulevée d'œdème sous-muqueux qu'il est souvent impossible, même par une exploration minutieuse, d'y reconnaître les orifices qui marquent l'entrée des bouts intestinaux. Aussi, est-il difficile, d'après l'aspect extérieur du sac, de préjuger de sa constitution anatomique, et ce sont les reconstitutions post-opératoires qui permettent de décrire comment les choses se passent .

1° *Au niveau d'une cœcostomie.* — Examinons de façon schématique les différents degrés d'un prolapsus :

a) Lorsque le prolapsus est *complet*, comme le réalise l'observation de MM. Bonnet et Ricard, le schéma n° 1



se trouve réalisé. Le cæcum, complètement inversé, déroulé aux dépens de sa paroi méésentérique, entraîne avec lui l'intestin grêle, de sorte que la valvule iléo-cæcale se trouve reportée à un point voisin du sommet de la tumeur. La tumeur herniaire prend une forme bilobée à fente verticale plus ou moins médiane. La ligne d'attache méésentérique limitant le développement de la paroi intestinale. La tumeur est éversée sur la paroi abdominale; à la base du pédicule, se trouve à la partie supérieure seule un orifice en forme de fente qui conduit dans le côlon ascendant. Partout ailleurs, le pédicule se con-

tinue directement avec les téguments; l'orifice de l'appendice peut être visible dans une dépression en quelque point du sac herniaire.

Telle est la façon dont les choses se passent anatomiquement. En pratique, nous l'avons dit, il devient très difficile d'obtenir des renseignements nets à l'exploration de la tumeur herniaire.

b) Le prolapsus peut être *incomplet* (cas de Bode, schéma 2). Le cæcum partiellement déroulé et de façon iné-

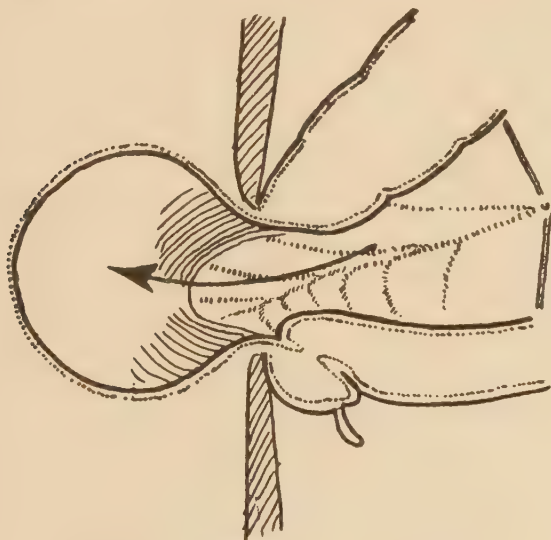


Schéma reconstitué du cas de BODE

gale par rapport à son méso, n'entraîne pas avec lui la terminaison du grêle. Dans ces cas, la tumeur herniaire ne porte à sa surface aucun orifice (si ce n'est parfois celui de l'appendice). Au niveau de l'implantation de la tumeur sur les téguments se trouvent deux orifices, l'un supérieur, l'autre inférieur, ou une fente en forme de croissant à concavité regardant la ligne médiane et con-

duisant dans ce qui reste du cæcum où aboutit l'intestin grêle. Sur les faces latérales du pédicule, tout au moins sur la face interne (car c'est la paroi située en avant du méso qui a tendance à se dérouler) la muqueuse cæcale se continue directement avec les téguments (1).

D'autres éventualités peuvent peut-être réaliser un prolapsus partiel. Voir les figures 3 et 4 de l'article de Guibé ; mais nous nous contentons ici de reconstituer exclusivement les cas connus et étudiés.

b) *Au niveau d'un anus sigmoïdien*, les dispositions sont différentes. Guibé, auquel nous empruntons ce chapitre, dit très justement : « Tandis qu'au niveau du cæcum, il y avait hernie vraie de la paroi postérieure de l'intestin, il y a ici surtout prolapsus, c'est-à-dire issue à travers l'anus de la toute la circonférence de l'intestin en un point donné. De ce fait vont résulter deux conséquences :

« La première est qu'à sa base la tumeur se continuera directement avec la peau sur la plus grande partie au moins, sinon sur la totalité de son pourtour. La deuxième est qu'on devra toujours trouver sur la tumeur au moins un orifice intestinal et ce orifice se trouvera non pas au sommet de la tumeur, mais sur le côté de celle-ci. Suivant la manière dont se développera la tumeur, varieront les particularités.

« Si le développement de la tumeur se fait d'une manière symétrique au niveau de la partie moyenne de l'anus, c'est-à-dire aux dépens de l'éperon, la distension du

(1) Guibé nous semble commettre une erreur lorsqu'il dit : « Dans aucun de 2 cas (Bode, Usteri), l'intestin prolapsé ne se continuait à la base de la tumeur avec la peau environnante », Voir les observations.

sac se fera d'une façon sensiblement égale et symétrique. Il en résultera une tumeur pourvue latéralement de deux orifices intestinaux situés sur les côtés de la tumeur, à l'opposé l'un de l'autre : en outre, à la base de la hernie, la muqueuse du sac se continuera sur tout le pourtour avec la peau avoisinante (cas de Gosset). Mais le développement de la poche peut se faire asymétriquement, et dans ce cas, les dispositions changeront.

« En cas de prolapsus d'un des deux bouts seulement, si la hernie se développe au niveau de l'éperon, la tu-

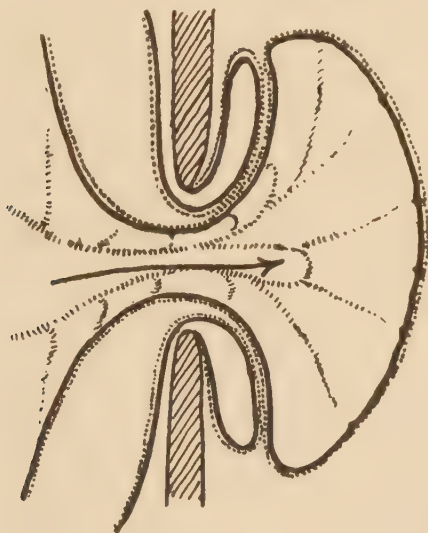


Schéma reconstituant le cas de Gosset

meur formera une masse qui sera pourvue d'une seule ouverture intestinale. Le deuxième orifice ne s'ouvrira plus sur la tumeur, mais se trouvera situé à la base de celle-ci et du côté opposé à l'autre orifice. En outre, à sa base, la tumeur se continuera partout avec la peau du

voisinage, sauf au point où vient s'ouvrir le deuxième orifice.

« En pratique, le prolapsus se faisant presque constamment aux dépens du bout supérieur, les dispositions seront les suivantes : un orifice s'ouvrira en haut sur le côté de la tumeur; le deuxième s'ouvrira à la base de la tumeur à sa partie inférieure. Dans le cas, d'ailleurs exceptionnel où le prolapsus se ferait par le bout inférieur, les dispositions seraient inverses, c'est-à-dire qu'un orifice s'ouvrirait sur le côté à la partie inférieure de la tumeur, et l'autre à la base de celle-ci, mais en haut. Donc, quand la hernie se développe normalement dans l'éperon, toujours les deux orifices intestinaux se trouveront aux antipodes l'un de l'autre. Que faut-il donc pour qu'ils soient juxtaposés, comme ils l'étaient dans mon cas ?

« Cette juxtaposition peut reconnaître deux causes. La hernie peut se développer non plus dans l'éperon, mais dans le cul-de-sac supérieur ou inférieur du prolapsus, c'est-à-dire entre la paroi abdominale et l'intestin, soit en haut, soit en bas. C'est cette dernière disposition qui était représentée dans notre cas, mais je ne crois cependant pas que ce soit là le mécanisme qui y ait présidé. Quand nous disons que la hernie se développe dans l'éperon *sensu stricto*, nous commettons une erreur, car l'éperon est constitué par le méso, et par conséquent une hernie ne pourrait s'y produire qu'en dédoublant les feuillets de ce méso, ce qui est impossible.

« En disant que la hernie se développe dans l'éperon, nous voulons tout simplement dire qu'elle vient sortir au niveau de l'anus dans l'espace limité en haut et en

bas par les deux orifices intestinaux, en dedans par le bord interne de l'anus, en dehors par la lame du méso plus ou moins accolée à la paroi abdominale latérale et à la lèvre externe de l'anus. La hernie, en se développant tend à rejeter en dehors le mésocôlon tendu d'un bout intestinal à l'autre. Quand la hernie se développe dans le cul-de-sac supérieur ou inférieur, elle refoule les deux

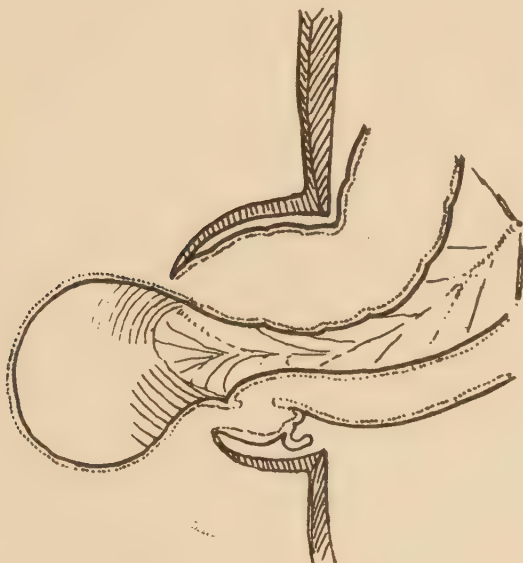


Schéma reconstitué de l'observation d'USTÉRI

bouts l'un contre l'autre et n'a plus de rapport avec le méso. L'orifice par lequel elle sort se trouve alors ainsi limité, d'un côté, latéralement par le contour supérieur ou inférieur de l'anus, du quatrième côté par l'orifice du bout supérieur ou inférieur de l'intestin. »

2° L'AGENT D'ÉTRANGLEMENT :

C'est l'orifice même de l'anus artificiel, orifice cicatri-

ciel, donc inextensible, formé habituellement par le tissu de cicatrice, qui unit les téguments aux plans aponévrotiques de la paroi. Cet orifice peut être pourtant plus ou moins épais. Le plus souvent, il est mince et étroit, le plan aponévrotique, surtout chez les sujets âgés, se trouvant réduit à une lame mince et parfois distendue par un certain degré d'éventration. Dans l'observation d'Ustéri, une première poche, constituée par une éventration, s'ouvrait par l'orifice cutané à bords cicatriciels dans la poche constituée par le prolapsus. L'agent d'étranglement était l'orifice cutané.

3° LE CONTENU DU SAC :

Dans tous les cas connus, l'anse étranglée était une anse grêle, engagée dans le sac sur une longueur variable.

Les lésions sont celles de l'étranglement herniaire à travers un orifice inextensible, en tous points comparables à celles de l'étranglement dans un orifice crural.

L'anse grêle étranglée baigne dans un liquide sanglant extrêmement abondant dans certains cas et sans doute particulièrement septique (aucun examen bactériologique n'a été pratiqué).

Le fait le plus intéressant qu'il convient de souligner est la *précocité de la gangrène de l'anse grêle contrastant avec l'absence de gangrène du sac*. On ne doit donc pas conclure de l'intégrité du sac à l'intégrité de l'anse étranglée. La proportion des lésions intestinales graves serait de 50 % en moins de douze heures (Guibé). Ceci peut être attribué à la constriction extrêmement vive exercée par l'agent d'étranglement et aussi l'absence de coussins épiploïques, l'intestin se trouvant à nu dans le sac. Cependant, l'existence entre l'agent d'étranglement

et l'anse grêle herniée d'une ou de deux parois du sac prolabé, semblerait, dans certains cas, devoir retarder la gangrène. Pourquoi cette différence de degré dans les lésions du sac et celles de l'anse étranglée ? Voici l'explication qu'en donne Guibé : « L'anse intestinale étranglée et le sac herniaire (paroi intestinale éversée) passent tous les deux dans l'anneau herniaire : il en résulte que le sac est étranglé par celui-ci au même titre que l'intestin qu'il enferme et que si la compression est assez forte et assez prolongée, fatalement la paroi intestinale formant le sac est vouée à la gangrène au même titre que l'intestin étranglé, puisque, comme lui, il est véritablement exclu de la circulation.

« Au niveau des anus sigmoïdiens, au contraire, nous avons dit qu'il y avait prolapsus vrai et non hernie ; il s'ensuit que le sac ne fait plus partie des organes qui sont comprimés dans l'anneau constricteur et que, par suite, il peut continuer à recevoir du sang par l'intermédiaire des vaisseaux qui se sont anastomosés entre la peau et la muqueuse tout autour de l'anus artificiel. »

Il a paru à M. le Professeur agrégé P. Bonnet que cette explication n'est guère valable, la circulation entre les vaisseaux des téguments et ceux de la muqueuse intestinale tout autour de l'anus artificiel à travers le tissu cicatriciel, agent d'étranglement, étant pour le moins problématique. Les parois du gros intestin formant le sac et celles de l'intestin subissent bien en effet la même constriction ; la vascularisation semble, pour les deux parties, également compromise ; mais l'intestin grêle étranglé est en *exclusion bilatérale fermée* et forme une cavité close à contenu très septique, et dont la septicité va

s'exagérant, tandis que la paroi étalée du sac échappe à cette cause de gangrène. Soumise, comme le grêle, aux agents mécaniques qui troublent la circulation, elle échappe à la cause infectieuse la plus importante de gangrène que constitue l'exclusion fermée.

On peut donc, semble-t-il, reconstituer de la façon suivant la genèse des accidents :

Le prolapsus peut être préexistant, il peut se constituer en même temps que l'étranglement du grêle.

Simple hernie pariétale du gros intestin ou prolapsus vrai, suivant que le mésentère a été ou non fixé à la paroi dans l'établissement de l'an us artificiel, le prolapsus constitue le sac herniaire.

Une anse grêle s'engage dans le sac et s'étrangle le plus souvent d'emblée, l'agent d'étranglement étant constitué par l'orifice cutané cicatriciel de l'an us.

Ses lésions sont celles de l'étranglement herniaire, comparables à celles de l'étranglement dans l'orifice crural. Il ne s'agit pas d'étranglement intrasacculaire.

Symptômes et Diagnostic.

Les signes de l'hédrocèle étranglée sont essentiellement :

a) *l'existence au niveau d'un anus contre nature d'un prolapsus irréductible ;*

b) *les signes fonctionnels et physiques de l'occlusion intestinale.*

a) *Le prolapsus* existe parfois depuis quelque temps réductible en tous cas sans trouble fonctionnel important. Le plus souvent, il apparaît brusquement en même temps que les accidents d'occlusion.

L'aspect et le volume du prolapsus semblent un peu différents, suivant qu'il siège au niveau d'un orifice de cæcostomie ou d'un anus iliaque gauche :

Au niveau d'un orifice de cæcostomie, le sac prolabé est d'ordinaire très volumineux. Il atteint le volume de deux poings (Bode), d'une tête de fœtus à terme (Petitjean), d'une tête d'adulte (Bonnet et Ricard).

La forme générale est arrondie, mais on peut observer comme dans le cas d'Ustéri la forme en saucisse, plus

particulière à un anus iliaque gauche. Mais rarement, la forme est régulière; un sillon reporté sur le côté externe dans les prolapsus moins volumineux, médian lorsque le prolapsus est total, comme dans l'observation de MM. Bonnet et Ricard, divise la tumeur en deux lobes, droit et gauche. Le sillon semble répondre à la ligne d'attache du méso, rendu apparent par la distension de part et d'autre des parois du gros intestin.

Au niveau d'un anus iliaque gauche, le prolapsus est moins volumineux d'ordinaire et représente davantage l'aspect d'une anse intestinale congestionnée ou étranglée saillante hors de l'anus, ou sortant par un court pédicule pour s'évaser ensuite en deux branches divergentes (Gosset). Mais, quel que soit le siège droit ou gauche de l'anus, les caractères généraux sont les mêmes : la tumeur présente l'aspect général d'une anse étranglée ou d'un prolapsus étranglé. Sa surface extérieure est d'un rouge violacé, rappelant la teinte de l'aubergine ; elle est veloutée et sanguinolente, couverte parfois de dépôts fibrineux. Elle est quelquefois sèche et lisse et l'on a peine à reconnaître en elle la surface muqueuse de l'intestin.

Elle fait saillie à la surface de la peau comme un énorme champignon dont le pédicule large fait issue hors de l'orifice, dont le chapeau s'éverse sur la paroi abdominale, de sorte qu'il est en général difficile d'explorer le pédicule pour vérifier la continuité directe avec la peau; l'existence ou non d'un sillon, la présence à ce niveau d'un orifice intestinal.

Cette recherche des orifices intestinaux est, en général, délicate, surtout au niveau d'une cœcostomie. Ces orifices noyés sous l'œdème qui boursouffle la muqueuse,

ressemblant à des paupières tuméfiées d'œdème et sont souvent difficiles à explorer.

Tumeur élastique tendue, irréductible, même partiellement, ne subissant pas l'impulsion de la toux, mate à la percussion par la présence d'un liquide intrasacculaire abondant, sensible au palper du pédicule, plus ou moins sensible à sa surface. Elle rappelle l'aspect mieux connu des hémorroïdes étranglées et impose l'idée d'un étranglement du prolapsus.

b) *Les signes d'occlusion intestinale* sont caractérisés par l'arrêt des matières et des gaz; les vomissements, etc...

Nettement dessinés lorsqu'il s'agit d'un anus iliaque gauche, ils sont mal caractérisés au point de vue du siège lorsque le prolapsus apparaît sur une cæcostomie, car ils participent de l'occlusion du grêle et de l'occlusion du gros intestin.

Car deux sortes d'occlusion existent, en effet : l'occlusion du grêle est réalisée par l'étranglement à travers l'orifice cutané de l'anus. L'occlusion du gros intestin, moins accusée, est représentée par l'exclusion bilatérale fermée du gros intestin réalisée entre la sténose sigmoïdienne (cancer sigmoïdien ou autres lésions) d'une part, d'autre part la fermeture de l'anus artificiel resserré au niveau de la cæcostomie par la tumeur prolapsée.

Prolapsus irréductible, signes d'occlusion intestinale, sont les éléments essentiels du diagnostic.

De là à conclure que le diagnostic en est facile. Il y a loin. On a bien l'impression qu'il se passe quelque chose d'anormal au niveau du prolapsus. Mais la première

idée qui vient à l'esprit est que *le prolapsus est étranglé*. Des erreurs apparemment plus grossières peuvent être commises, tellement l'aspect est anormal.

C'est ainsi qu'on a pu croire à *la rupture de l'intestin au niveau de l'anus, avec issue au dehors d'une anse grêle à travers la déchirure intestinale*. On a pu songer à *un étranglement dans une éventration*, tellement la surface du sac a pu perdre l'apparence d'une muqueuse. Guibé signale pour mémoire la possibilité d'une *invagination intestinale étranglée* venant se faire jour à l'anus artificiel, ou l'hypothèse encore moins vraisemblable d'une *tumeur de l'intestin*, de même extériorisée. Mais la lésion la plus logique à laquelle on pense immédiatement est le *prolapsus étranglé*. Ici, dit Guibé : « c'est un prolapsus de l'intestin qui est venu faire saillie à l'extérieur et y reste étranglé. Mais dans ce prolapsus n'existe pas trace d'intestin étranglé autre que la portion prolapsée. Au niveau du côlon sigmoïdien, le diagnostic est facile : en effet, l'examen du pédicule de la tumeur en montrant la continuité entre la muqueuse intestinale et la peau, permettra d'éviter l'erreur, car le prolapsus étranglé ne peut se produire qu'autant qu'il s'engage trop volumineux à travers l'orifice de l'anus : l'étranglement devient impossible dans les cas comme celui de Gosset où l'intestin se continue avec la peau sur tout le pourtour de l'anus.

« Dans un cas comme dans le nôtre, il serait à la rigueur possible, mais alors, on devrait trouver un orifice intestinal presque au sommet de la tumeur; en outre, jamais la tumeur n'aurait l'aspect qu'elle a dans l'hédrocèle : même si la muqueuse était très distendue,

elle conserverait toujours des plis transversaux plus ou moins ébauchés et sa consistance serait moins ferme, moins élastique, plus pâteuse et plus œdémateuse.

« Au niveau du cæcum, le diagnostic est très facile, dans les cas semblables à ceux de Bode et d'Ustéri, où il n'y a sur la tumeur aucun orifice intestinal : il ne peut, en pareil cas, s'agir d'un prolapsus étranglé. Dans les cas où on trouverait un orifice à la surface de la tumeur, le diagnostic deviendrait beaucoup plus délicat. Mais signalons ce que ce diagnostic a d'un peu artificiel, puisque, dans l'hédrocèle étranglée, il y a toujours prolapsus de l'intestin avec étranglement partiel ou total de celui-ci. »

Dans l'observation de MM. Bonnet et Ricard, la possibilité d'un prolapsus étranglé fut discutée, d'autant plus que les symptômes d'occlusion pouvaient, à la rigueur, l'expliquer sans qu'il soit nécessaire d'invoquer un étranglement du grêle. On pouvait, en effet, supposer, étant donné l'extrême distension du gros intestin, à une exclusion en bocal du gros intestin, fermé d'une part au niveau du néoplasme sigmoïdien en ficelle, fermé d'autre part dans la région cæcale au niveau du prolapsus étranglé.

Ce processus était en effet partiellement réalisé; d'autre part, le prolapsus étranglé suffirait à lui seul à expliquer que rien ne passait par l'orifice de cæcostomie, et que l'occlusion du grêle fût réalisée.

Enfin, le seul fait qu'une intervention avait été pratiquée sur l'intestin devait faire envisager la possibilité des lésions complexes réalisées par des adhérences (occlusion par bride, adhérences, volvulus).

Le diagnostic, on le voit, se présente avec des réelles difficultés, et *il faut songer à la possibilité de l'hédrocèle étranglée pour s'y arrêter, et finalement l'admettre.* Nous ne croyons pas, d'ailleurs, comme le dit Guibé, que « les erreurs de diagnostic n'ont guère d'importance, car toutes, elles conduisent à une intervention d'urgence qui ne diffère guère d'un cas à l'autre ».

Une erreur de diagnostic peut conduire d'abord au taxis, manœuvre dangereuse, tandis que le diagnostic d'hédrocèle étranglée engagera le chirurgien à s'en abstenir.

Pronostic.

Le pronostic est très grave, il est celui d'une hernie étranglée. L'affection abandonnée à elle-même est fatalement mortelle, d'autant plus rapidement que la gangrène de l'anse est d'apparition précoce. En cas d'intervention, dit Guibé, « la guérison semble la règle : trois guérisons sur quatre cas, et encore, dans le cas qui s'est terminé par la mort, la guérison eût-elle put être obtenue si, au lieu de réduire purement et simplement l'anse étranglée, on en eût pratiqué la résection, ce qui n'aurait pas beaucoup aggravé l'opération ». Nous ne partageons pas sa manière de voir. Il est vrai qu'il ajoute : « Est-ce à dire que c'est là le pronostic opératoire véritable ? Il est difficile de le dire. »

Nous croyons, pour notre part, que le pronostic est d'une gravité exceptionnelle, du moins en ce qui concerne l'hédrocèle étranglée dans un orifice de cœcostomie. Outre qu'il s'agit des malades âgés, déjà cachectisés par la maladie causale et la stercorémie qui a précédé l'établissement de l'anus dans les cas d'accidents précoces, on intervient en milieu particulièrement septique à travers une paroi souillée dont l'asepsie est difficile à

réaliser. Si l'on veut entrer en péritoine libre, la réintégration de l'anse avec ou sans résection se fait avec les risques d'infection venue d'un liquide sacculaire particulièrement abondant et septique.

La présence de la muqueuse infectée du sac lui-même est un danger permanent dans tout le cours de l'opération. Si l'on tient compte, en outre, de la précocité des lésions irrémédiables qui conduisent à une résection, passée la douzième heure, on conviendra que bien des conditions sont pratiquement réalisées qui confèrent à l'hédrocèle étranglée un pronostic opératoire des plus sévère.

Traitement.

Le traitement opératoire nous paraît être le seul indiqué. Pourtant, nous n'hésiterons pas, dans les premières heures, à tenter l'effet d'une rachianesthésie destinée à faire tomber l'élément spasmodique qui peut avoir une influence réelle, sans nous attarder plus de deux heures, cependant, à ce traitement que seuls légitiment la gravité de l'intervention ou la difficulté de pratiquer une intervention précoce.

Le taxis doit être ici proscrit d'une façon absolue. A ses dangers habituels dans tout étranglement herniaire, s'ajoutent ici les risques que font courir aux parois mêmes du sac les manipulations. Et pourtant, en pratique, le taxis a été souvent tenté, car l'idée d'un prolapsus étranglé auquel on pense tout d'abord conduit à en tenter la réduction. Nous avons dit que le diagnostic d'hédrocèle étranglée, porté d'emblée, permettrait d'éviter cette manœuvre dangereuse.

Le traitement opératoire doit avoir pour but : d'enlever l'obstacle, réduire ou traiter l'anse étranglée, enfin remettre l'anus en état.

Quelles sont, en pratique, les méthodes de traitement que l'on a utilisées dans les cas d'hédrocèle étranglée :

1° *Libération de l'agent d'étranglement hors du sac, sans ouverture du péritoine.* — Bode, dans une hédrocèle étranglée au niveau d'une cæcostomie, se contenta de débrider en haut et en bas la cicatrice de l'anus aussi près que possible de la tumeur. Il refoula au doigt le péritoine et débrida au bistouri l'agent d'étranglement jusqu'à ce que, subitement, le collet de la tumeur s'élargît en même temps que la tension de la tumeur diminuait. En exerçant alors de légères pressions à la surface du prolapsus, il remarqua que le contenu se réduisait avec des gargouillements bruyants. Ayant réduit l'anse grêle étranglée, il refoula de même le prolapsus. Il sutura les incisions du débridement.

Le malade quitta l'hôpital au dixième jour, guéri de l'hédrocèle et du prolapsus.

2° *Abord de la tumeur herniaire par ouverture première de l'abdomen en péritoine libre.* — La tumeur herniaire étant isolée par des compresses et les téguments aseptisés au voisinage avec les précautions indispensables au niveau des téguments fatalement souillés, l'opération comprend les temps suivants :

1° Incision des différents plans de la paroi abdominale : deux lignes courbes à concavité regardant la tumeur sont tracées en dedans et en dehors d'elle se rejoignant au-dessus et au-dessous d'elle. L'incision peut être poursuivie en haut et en bas pour donner du jour. Le tracé de l'incision circonscrit l'orifice de l'anus en passant dans la peau même, à un centimètre de distance du limbe cutanéomu-

queux de l'anús. Il peut être indiqué dans certains cas où l'intervention est tout d'abord exploratrice, de commencer par l'incision de la demi-circonférence interne qui, à elle seule, peut suffire à conduire à bien l'acte opératoire. « Tous les plans de la paroi sont incisés jusques et y compris le péritoine.

2° Puis, l'abdomen étant ouvert et la cavité péritonéale protégée, on amènera à l'extérieur sur des champs la tumeur toute entière constituée par les quatre bouts intestinaux : les deux bouts d'intestin grêle allant se perdre dans la tumeur et les deux bouts du gros intestin qui vont en constituer la paroi (Guibé) ».

3° L'intervention peut être poursuivie de la façon suivante : a) on peut enlever toute la masse comme une tumeur, et remettre les choses en état. Gosset, ayant affaire à un anus iliaque gauche et supposant que l'intestin grêle peut être lésé (il est étranglé depuis douze heures), que le sac peut contenir des liquides septiques et ayant hâte de se débarrasser du prolapsus infecté, coupe chacun des bouts d'intestin entre deux pinces souples et enlève toute la masse.

Il anastomose ensuite et réintègre les deux bouts du grêle et abouche en anus les deux bouts du gros intestin.

b) On peut libérer l'intestin grêle pincé en débridant les bords de l'orifice constricteur. C'est la conduite que suivit Guibé dans un cas semblable, six ou huit heures après l'étranglement. Il trouva cependant l'anse grêle infarctie et la réséqua; les deux bouts furent anastomosés et l'anse réduite dans l'abdomen.

Ustéri agit de même dans un prolapsus de cæcostomie. Opérant dans les douze premières heures, il débrida l'a-

gent d'étranglement et réduisit l'anse grêle apparemment peu lésée. Il réduisit le sac prolapsé sans le réséquer. Le malade mourut de péritonite et l'on trouva l'anse réduite atteinte de gangrène.

3° Intervention directe sur la tumeur herniaire. — L'opération comprend les temps suivants : 1° ouverture du sac, c'est-à-dire de la paroi même du gros intestin ; 2° évacuation du liquide sacculaire ; 3° exploration de l'anse étranglée. Réduction s'il y a lieu, sinon résection et réintégration ; 4° résection du sac, c'est-à-dire des deux bouts intestinaux avec hémostase du méso, abouchement en anus à la paroi.

Est-il possible, parmi les méthodes opératoires qui ont été utilisées, de faire un choix judicieux variable suivant les cas, et de tracer les règles précises d'une conduite opératoire ?

La réduction pure et simple, après débridement de l'agent d'étranglement hors du sac et hors du péritoine, a pu permettre d'obtenir, dans les toutes premières heures, avec un minimum de risques, la guérison.

Mais il convient de ne pas perdre de vue que la gangrène de l'anse étranglée s'établit d'une façon précoce, et que le liquide sacculaire devient vite septique.

Cette conduite thérapeutique ne peut être légitime que dans les douze premières heures de l'étranglement. Passé ce délai, deux méthodes restent en présence : Faut-il intervenir en péritoine libre et aborder le pédicule de la tumeur herniaire pour le traiter en tissus sains ? Faut-il intervenir au niveau du prolapsus lui-même ?

Le principe d'*intervenir en péritoine libre* conserve ici

toute sa valeur. L'avantage de rester loin du foyer septique, celui d'explorer avant leur entrée dans le sac l'anse étranglée et les éléments constitutants du sac lui-même semblent devoir faire proposer comme méthode de choix l'entrée dans le ventre en péritoine libre, au voisinage de la tumeur herniaire, comme on ferait au cours d'une omphalectomie pour hernie ombilicale étranglée.

Cependant ce principe peut rencontrer dans son application des obstacles et ne pas donner, en ce qui concerne l'exploration, les avantages qu'on en attend. Le volume de la tumeur peut être tel qu'elle s'éverse à distance sur la paroi abdominale et oblige à intervenir par la ligne médiane si l'on veut éviter à coup sûr l'infection par la paroi, et la gêne créée par la tumeur elle-même. Il en fut ainsi dans l'observation de MM. Bonnet et Ricard. Mais alors, l'exploration par l'abdomen devient extrêmement difficile, tellement est grande la complexité des éléments qui entrent dans le sac, surtout au niveau d'une cœcostomie et le débridement de l'agent d'étranglement ne peut être que difficile et dangereux, puisqu'il risque de faire rentrer brusquement dans l'abdomen une anse en voie de gangrène et le contenu septique du sac. Pour ces diverses raisons, MM. Bonnet et Ricard durent, après laparotomie médiane qui permit de traiter les lésions spéciales du gros intestin, intervenir sur le sac lui-même, comme on interviendrait sur une hernie crurale étranglée. L'opération leur parut facile, et jusqu'à un certain point susceptible d'être mise en parallèle pour les avantages qu'elle procure avec la laparotomie. Elle permet d'exécuter hors du ventre tous les temps septiques

de l'opération : ouverture du sac, évacuation du liquide sacculaire, exploration et résection, s'il y a lieu, de l'intestin. La réintégration de l'anse non gangrenée peut se faire après évacuation du liquide sacculaire qui reste, à notre avis, dans ce cas spécial, un agent d'infection du moins négligeable.

Elle permet dans les cas avancés de faire hors du péritoine toute l'opération avec un shock réduit au minimum.

On peut, jusqu'à un certain point, établir entre ces deux interventions, le même parallèle que l'on établit dans la hernie crurale étranglée, entre la kélotomie et la laparotomie. Le choix entre ces deux méthodes est affaire de trait chirurgical.

Les détails de technique passent au second plan, et nous ne saurions nous égarer dans leur description. Nous voulons signaler cependant quelques points particuliers qui doivent être présents à l'esprit au cours de l'intervention :

1° Le sac doit être traité par résection et non par réduction. Les avantages de rapidité que semble devoir donner la réduction sont illusoires, et la réduction du sac dont les parois cedémateuses, infectées, traumatisées par le taxis ont été le siège des thromboses veineuses, doit être considérée comme dangereuse.

D'autre part, la résection transforme l'anus latéral en anus terminal, qui dérive plus parfaitement les matières et met à l'abri des récidives des prolapsus par la fixation du mésentère.

2° L'hémostase du mésentère, lorsqu'il s'agit d'hédro-

cèle au niveau d'une cæcostomie, doit être réalisée avec soin.

3° L'affrontement des tranches de section de l'intestin sur la demi-circonférence qui porte l'attache mésentérique semble avoir les avantages de solidariser les bouts intestinaux, d'en faciliter l'abouchement à la peau, d'éviter le retour du prolapsus. Il oblige à un repérage du mésentère; condition d'une bonne hémostase.

4° Dans l'abouchement à la peau des bouts intestinaux qui entrent à la constitution du sac, il convient d'assurer la dérivation des matières à distance de la plaie par l'emploi des tubes de Paul, par exemple.

Au niveau d'une cæcostomie, l'hédrocèle étranglée s'accompagne d'une occlusion de l'intestin sous-jacent par exclusion bilatérale fermée, le bout efférent de l'anse qui constitue le sac est donc rempli des matières septiques dont il faut éviter le contact avec la plaie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée)

(in Thèse de H. GÉRAUD, 1902, recueillie par le Prof. agrégé A. GOSSET)

Rétrécissement syphilitique du rectum. — Anus contre nature par le procédé de Maydl. — Double prolapsus de l'S iliaque. — Hédrocèle étranglée. — Double résection intestinale avec entéro-anastomose de l'intestin grêle et rétablissement de l'anus iliaque. — Guérison.

M. X..., docteur en médecine, eut en 1874 une forte contusion du pelvis ayant laissé une petite plaie contuse de la face supéro-interne de la cuisse gauche, et située à 5 centimètres de la marge de l'anus (éclat d'obus).

En 1880, le malade présenta des symptômes d'infection syphilitique (roséole), dont le malade fait remonter l'origine à un contage du conduit auditif par un médecin auriste.

Cinq ou six mois après, la petite tumeur périnéale suppura et il se développa autour des végétations syphilitiques qui disparurent après deux mois de traitement spécifique.

En 1885, des gommes multiples du scrotum se développèrent puis guérirent sous l'influence du même traitement.

En 1893, à la suite d'un examen rectal au spéculum, on constate la présence d'une fistule borgne externe causant des douleurs pelviennes et rendant du pus mélangé aux matières fécales, et puis en dehors des selles; le traitement spécifique repris diminua beaucoup l'écoulement purulent.

Vers 1895, M. X... remarqua l'apparition des malaises généraux et d'une teinte ictérioriforme très légère de la face et des sclérotiques. Puis il eut des poussées fébriles de temps en temps. En même temps s'établissait un état de constipation tout à fait nouveau, M. X... ayant eu jusqu'alors des fonctions intestinales extrêmement régulières et faciles.

Enfin, en 1896, le malade note qu'il rend des matières fécales aplaties en forme de ruban de plus en plus marquées. Leur expulsion douloureuse fait invoquer l'existence d'hémorroïdes internes sans examen rectal.

Mais vers mars 1900, l'état s'aggrave. Le malade prend le dégoût des aliments; d'une belle santé auparavant, il commence à maigrir (il pesait 102 kilos en janvier 1900). Le teint fréquemment terreux ne s'éclaircit plus qu'à la suite d'une purgation drastique le plus souvent.

En fin octobre 1900, le malade s'alite. Il souffre d'un peu de fièvre à exacerbation vespérale et d'une pneumatose abdominale énorme avec des tendances à la syncope.

Au début de novembre 1900, Gosset fut appelé ; à l'examen, en plus de trois fistules dont une communiquait haut avec le rectum, on se rendait compte au toucher que le sphincter était normal ; mais à deux phalanges au-dessus, on arrivait sur un rétrécissement en virole très dur, englobant la muqueuse et toute la paroi rectale. Des douleurs se faisaient sentir à la pénétration forcée du doigt. Au-dessus, on constatait des masses polypiformes pas très dures. Par la palpation abdominale, on découvrait une ascite remontant jusqu'à l'ombilic ; mais la persistance du ballonnement empêchaient le palper et toucher combinés. La rate était normale et le foie abaissée et douloureux.

La suppuration fistulaire continuait ; des pertes sanguines alternaient ; la fièvre était constante.

En présence de ces symptômes et de ses antécédents, M. A. Gosset fait le diagnostic de rétrécissement syphilitique du rectum et décide d'établir un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche.

Opération. — En janvier 1901, Gosset établit un anus artificiel par le procédé de Mayl-Reclus.

Incision dans la fosse gauche parallèle à l'arcade crurale, de 10 centimètres de longueur et située à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Dissociation des fibres musculaires du grand oblique, du petit oblique et du transverse, dont les fibres sont confiées à des écarteurs. L'ouverture du péritoine fait couler environ trois litres de liquide ascitique citrin; la séreuse a un aspect lavé, mais elle ne présente pas de noyaux néoplasiques. L'S iliaque est adhérent à la fosse iliaque et présente une hypertrophie fonctionnelle considérable. Au niveau du Douglas, le rectum est induré, donnant la sensation de carton. L'S iliaque est alors ramené au dehors, son méso est transfixé et, par l'orifice ainsi établi, on passe une mèche de gaze qui forme chevalet. On rétrécit la fente péritonéale puis, à cause de l'ascite, on fait des points séparés à la soie fine unissant les parois de l'intestin à la séreuse, puis au grand oblique. Suture de la peau au crin de Florence. Pansement aseptique. Durée de l'opération : dix minutes.

Suites opératoires. — La ponction de l'anse fixée fut faite le soir du deuxième jour après l'opération, au milieu d'un état général assez mauvais (arrêt des matières et des gaz, pouls 120, température 37°, dyspnée, hoquet), on est parvenu enfin à le combattre efficacement, de sorte que le malade se leva le treizième jour.

Vers le dix-huitième jour après l'opération, à l'occasion de la descente d'un escalier que le malade fait sans être suffisamment bandé, il se produit un petit prolapsus de la muqueuse du bout supérieur du côlon. Ce prolapsus augmenta peu à peu à cause de l'habitude d'accomplir ses besoins dans la position assise. Il atteignit bientôt trois centimètres de long tout en restant aisément réductible.

Le malade reprit ses occupations le 37^e jour. Presque aussitôt il fut atteint de grippe au cours de laquelle la toux amena une augmentation du prolapsus, qui déjà, se réduisait moins facilement. Lorsque les selles se faisaient dans la position horizontale, le prolapsus sortait, mais se réduisait spontanément aussitôt après. Au bout de quatorze jours, la grippe étant guérie, il survint tout à coup des accidents péritonéaux très graves caractérisés par des douleurs

vives dans tout l'abdomen, de la constipation, du ballonnement, un plastron très accusé, un pouls 120 et une température de 38°5 à 39°.

Pendant cette complication, la ceinture qui comprimait l'anus contre nature fut supprimée à cause des douleurs ; aussi le prolapsus de l'intestin augmenta-t-il.

A partir de ce moment, le malade ne se lève plus et le prolapsus qui rentrait autrefois en partie après la défécation, cesse de rentrer et un ulcère se développe.

Peu à peu, le bout inférieur de l'intestin s'éverse également ; il ne tarde pas, en outre, à se diriger en haut, croisant complètement le bout supérieur, qui lui, subit, un mouvement en sens contraire. Cette torsion des deux bouts se fit brusquement sous le pansement et passa inaperçue.

En janvier 1902, le malade se leva deux fois à huit jours d'intervalle. Tout à coup, dans la nuit du 27 au 28 janvier, il a eu une selle vers 3 heures du matin, suivie d'un effort de défécation par l'anus naturel pour l'expulsion ordinaire du pus contenu dans le rectum, il fait un effort pour changer lui-même l'alèze et éprouve en même temps des douleurs, peu vives d'abord, puis peu après intolérables au point d'émergence du prolapsus, lequel commence à se distendre énormément et à prendre une couleur plus foncée.

On appelle aussitôt M. Gosset à 9 heures du matin.

Le prolapsus de l'intestin a beaucoup augmenté de volume et de longueur, il a environ 20 centimètres de longueur et 5 centimètres de diamètre. Son aspect est celui d'un T à branche verticale excessivement courte. Les deux bouts de l'intestin situés sur la même ligne droite, représentent la branche horizontale du T ; elle est, de plus, percée à chacune de ses extrémités d'un orifice en cul-de-poule dont le supérieur répond au bout inférieur et l'inférieur au bout supérieur de l'intestin. La coloration de la tumeur est rouge vineux, comme celle de l'aubergine dont elle a la fermeté et l'aspect luisant. Fait remarquable et fort important, comme on le verra dans la suite, le ventre est souple partout. Il existe une douleur profonde et très nette, au niveau de l'anus contre nature, douleur analogue à celle qui a pour siège le pédicule des hernies étranglées. Un arrêt complet des matières et des gaz, ainsi

que des vomissements indiquent qu'il y a obstruction intestinale, mais que celle-ci, vu l'absence du ballonnement, ne doit pas être produite par la sténose du gros intestin et semble être plutôt sous la dépendance d'une occlusion siégeant assez haut sur l'intestin grêle.

En présence de ces accidents alarmants, on juge qu'il faut intervenir le plus rapidement possible.

A quatre heures du soir, après avoir aseptisé la région, la masse intestinale est entourée de compresses, puis on fait deux incisions curvilignes entourant à droit et à gauche le pédicule de la tumeur, de façon à amener au dehors, avec une collerette cutanée, l'intestin adhérent. A l'ouverture du péritoine, on voit alors que quatre bouts d'intestin pénètrent dans la tumeur à travers l'orifice abdominal ; deux appartiennent à l'intestin grêle et deux au gros intestin. On remarque que l'S iliaque est très long.

L'intestin grêle s'engage complètement dans un orifice siégeant au niveau de l'ancien éperon, dans lequel il est si serré qu'aucune traction ne peut l'en tirer. Son bout inférieur est flasque, le supérieur est distendu par des gaz ; il appartient à une portion très élevée de l'intestin, ce qui explique le peu de volume du ballonnement du ventre. Les deux bouts du gros intestin ne sont nullement distendus ; le bout inférieur est notablement atrophié.

En présence de ces lésions, on pouvait suivre deux méthodes :

1° Libérer l'intestin grêle pincé en débridant les bords de l'orifice constricteur ;

2° Enlever toute la masse comme une tumeur et remettre les choses en état.

Gosset ne suit pas la première méthode parce qu'il suppose l'intestin grêle lésé (il est étranglé depuis douze heures), que le sac peut contenir des liquides septiques, et qu'il a hâte de se débarrasser du prolapsus infecté. Il coupe alors chacun des bouts d'intestin entre deux pinces souples et enlève toute la masse.

Entéro-anastomose latéro-latérale des bouts du grêle.

Les deux bouts vides, supérieur et inférieur, du gros intestin rapprochés en canon de fusil, maintenus fermés par des

pincées, sont attirés au dehors. Deux étages de suture pariéto-péritonéales et pariéto-musculaires unissent leur paroi à celle de l'abdomen, puis la partie qui dépasse la peau est excisée et les lèvres en sont fixées à la peau.

Un pansement aseptique est appliqué.

Suites opératoires. — Après l'opération, le malade vomit beaucoup pendant quarante heures. La température est normale, son pouls est à 100. Pendant vingt-quatre heures, diète absolue. Injections sous-cutanées de sérum artificiel.

L'expulsion des gaz se fait quelques heures après l'opération et il y a défécation dans la nuit même.

A partir du troisième jour, le malade commence à s'alimenter et boire progressivement.

Depuis, il existe une très petite tendance au prolapsus de l'intestin que le malade évite en défécant dans la position horizontale et qui se réduit très facilement.

7 mai 1902. — L'état général est très bon. Son anus donne 2-3 selles par jour. L'orifice du bout inférieur permet de faire des lavages rectaux.

La sangle abdominale a été très relâchée par l'ascite, aussi l'abdomen prend-il l'aspect du ventre à triple saillie de Malgaigne.

Examen des pièces. — La tumeur en question a la forme d'un boudin de 20 centimètres de long sur 5 centimètres de diamètre. Un pédicule très court se détache de son milieu et se fixe sur une simple petite collerette cutanée de forme allongée. Quatre bouts d'intestin sortent de l'orifice, percé dans le pédicule. Toute la surface du prolapsus est revêtue d'une muqueuse plissée transversalement et de couleur violacée. A chacune des deux extrémités existe un orifice à bords plissés qui conduit dans le gros intestin.

Sur une coupe longitudinale, on voit une première enveloppe formée par le gros intestin retourné, à l'intérieur de laquelle on reconnaît le gros intestin très réduit de volume et se continuant au niveau des orifices avec l'enveloppe extérieure. Les deux surfaces séreuses adossées sont parfaitement saines et délimitent du côté interne du prolapsus une petite

cavité en communication avec la grande cavité péritonéale; c'est là qu'est venue se loger l'anse intestinale grêle.

OBSERVATION II (résumée)

(Recueillie par M. le Professeur M. GUIBÉ, de Caen)

Jules B..., 61 ans, courtier en vins, a été en bonne santé jusqu'au mois d'octobre 1910. Il était à ce moment tout à fait bien portant, il n'avait pas maigri, mais depuis très longtemps il était toujours constipé et très souvent il rendait du sang rouge par l'anus.

Le 9 octobre 1910, il sentit de la pesanteur dans l'estomac ; son ventre augmenta rapidement de volume. Les gaz ne passaient plus. Arrêt des selles pendant neuf jours.

Entré à l'hôpital de la Pitié, il fut opéré par M. Alglave. Une laparotomie médiane fait constater un néoplasme inextirpable de l'anse sigmoïde ; un anus est établi alors à gauche.

Il attira au dehors l'anse sigmoïde, puis, par un surjet ou au moins quelques points il fixa les deux branches en canon de fusil. Il fixa circulairement l'anse à l'incision péritonéale, puis à l'aponévrose du grand oblique après avoir refermé étroitement l'incision musculaire. Enfin, il ouvre l'anse et la fixa à la peau. De par cette technique, il résulte un anus étroit, à éperon plein et sortant par un trajet rétréci de la paroi.

Les suites opératoires furent très bonnes et le malade sortit le 28 décembre 1910. Un très léger degré de prolapsus se forma peu à peu, apparaissant de haut en bas et long tout au plus de 2 à 3 centimètres.

Le 11 avril 1911, au matin, il porte un seau d'eau assez lourd sans éprouver la moindre douleur. Il déjeune de bon appétit, mais après le déjeuner, il sent un certain malaise et quelques douleurs dans le ventre. Néanmoins, il va faire une course, mais il se sent gêné et très mal à son aise. Il regarde sommairement du côté de son anus sans rien constater d'anormal (il s'est contenté de soulever son appareil). Mais,

comme le malaise augmente, il rentre chez lui, pâle et décomposé, et alors, sa femme, en faisant le pansement, constate au niveau de l'anus une tumeur grosse comme un œuf environ.

En présence de ces accidents, il entre à l'hôpital de la Pitié; c'est ainsi que je suis appelé auprès de lui vers 22 heures comme chirurgien de garde. Le début des accidents remonte à six ou huit heures.

Il se plaint de douleurs abdominales, n'a pas rendu ni matières ni gaz et a présenté un ou deux vomissements. La température est normale et le pouls à 75.

Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté, plutôt modérément tendu. Une tumeur grosse comme un poing apparaît au niveau de l'anus, ayant l'aspect d'une anse intestinale congestionnée. Sa coloration est rouge très foncé; sa surface n'a nullement l'aspect tomenteux : elle est au contraire presque lisse et comme sèche, et nulle part on n'y remarque de particularités. Cette tumeur est fort peu sensible à la pression, mais elle présente un suintement sanguinolent quand on la manipule. Elle est tendue et mal rénitente, et sa consistance est partout égale; à la percussion, elle est submate.

L'interne qui m'avait fait appeler avait tout d'abord pensé à une rupture intestinale au niveau de l'anus artificiel, avec hernie d'une anse intestinale à travers l'orifice avec étranglement. Mais en soulevant la tumeur avec une compresse, on ne constatait aucune cause d'étranglement, mais qu'au contraire, en bas, en dedans et en dehors, elle se continuait sans formation de sillon avec la peau.

Il s'agissait bien de la muqueuse rouge de l'S iliaque évaginé constituant un sac et non pas de la surface péritonéale d'une anse herniée.

Il est difficile de penser à un prolapsus étranglé : outre que la consistance n'est pas la même, on ne trouve pas l'orifice de l'anus à son sommet et il n'en existe pas davantage à la partie inférieure. Ce n'est qu'après avoir réduit d'une façon lente et continue le volume de la tumeur dans un léger degré, ce qui diminua un peu sa tension, qu'il fut possible de reconnaître à sa partie supérieure un orifice laissant s'engager les deux dernières phalanges de l'index. On arrivait ainsi à un

goulot très rétréci par où se faisait la continuité avec l'intestin intraabdominal.

En pareil cas, il ne pouvait s'agir que d'une hédrocèle, c'est-à-dire d'une hernie formée par l'intestin grêle étranglée dans un prolapsus de la paroi du côlon à travers l'orifice de l'anus et faisant un sac.

Théoriquement, il n'existe que deux orifices correspondant l'un au bout afférent, l'autre au bout efférent. Or, malgré tout, il fut impossible de découvrir le second orifice.

Après m'être assuré par un taxis modéré (l'étranglement ne datait que de six heures) que la tumeur était bien irréductible, je me résolus à intervenir.

Une incision elliptique circonscrit la tumeur en passant sur les bords de son insertion à la peau, mais en pleine peau, à 5 millimètres environ du limbe cutanéomuqueux, je sectionnai successivement les différents plans de la paroi. A l'ouverture du péritoine, j'aperçus une anse grêle qui pénétrait dans la tumeur et qui y était si étroitement étranglée qu'il me fallut débrider aux ciseaux le sac à sa partie inférieure pour pouvoir la libérer.

L'anse extraite, longue de 10 centimètres environ, est noirâtre, épaissie, nettement infarctie ; il existe dans son méso un épanchement noirâtre ; les sillons d'étranglement sont assez marqués, mais ils ne présentent aucune trace de sphacèle.

Quant au sac, il me parut peu prudent de le conserver, ayant souffert notablement. Je le libérai aux ciseaux et l'extirpai. En outre, les deux bouts du gros intestin furent sectionnés au delà d'une pince ; l'un venant d'en haut vers en bas ; l'autre d'en bas vers la partie supérieure.

L'état de l'anse grêle étranglée nécessita une résection et une anastomosé termino-terminale au fil de lin.

Le bout colique qui se dirigeait vers en bas fut lié, et son moignon enfoui, est maintenu au contact de la plaie. Au contraire, celui qui se dirigeait vers en haut fut suturé par sa tranche à la partie supérieure de la plaie pariétale dont le reste fut fermé à trois plans.

Les suites opératoires furent normales.

Le malade, revenu pour se faire voir, présente trois orifices : l'un correspond au bout colique suturé à la peau lors de l'opération ; il ne donne que du mucus et jamais de matières. Au-dessous de lui un petit orifice dû à une petite fistulette causée par l'existence d'un fil à ce niveau ; il ne s'écoule que quelques gouttes de pus.

Au-dessous, il existe le troisième orifice un peu déprimé dans la profondeur et très petit, par où il s'écoule la totalité des matières. Il semblerait à une fistulisation de l'anastomose du grêle ; mais il n'y a pas d'irritation ni de dénutrition.

Par l'anus véritable ne s'écoulaient que des glaires visqueux et quelquefois sanguinolents.

L'issue des matières se faisait de plus en plus difficilement par la fistule stercorale, de sorte qu'une dilatation de l'orifice avec une pince et des lavages à la sonde avec de l'eau bouillie soulagèrent le malade.

Cependant, les selles étaient rares et difficiles ; il entre à l'hôpital ayant du ballonnement et des coliques qu'il localise à la région de l'angle splénique.

Dans ces conditions, avant de s'y prendre et pour déterminer les rapports respectifs des deux bouts, on injecte de la bouillie bismuthée par la fistule et par l'anus. A la radioscopie, on a reconnu facilement que l'orifice du soi-disant anus conduisait dans le petit bassin, et qu'au contraire la fistule conduisait et remplissait le côlon ascendant.

Ceci fait, on a reconnu la cause de l'obstruction, et par une opération justifiée, l'évacuation des matières se rétablit régulièrement.

Dans l'intervalle, le malade constata un prolapsus du bout inférieur qu'il a fait exciser.

Fin août, au milieu d'un piteux état, il fait une anurie par compression des uretères, évidemment.

Néphrostomisé, il a succombé fin novembre 1912.

Examen des pièces. — La portion de l'intestin grêle étranglée, longue de 10 centimètres environ, est fortement rétrécie. La paroi, d'une coloration brun noirâtre foncé, est le siège d'un infarctus hémorragique quadruplant son épaisseur.

Gros intestin. — La portion du gros intestin réséquée forme un moignon de volume très réduit, et constitue deux parties bien tranchées. L'une colorée en grenat foncé et correspondant au sac herniaire, ressemble à un prolapsus rectal, et présente, comme tout prolapsus, un cylindre ou gaine externe ; une tête d'invagination où les deux cylindres se continuent mutuellement, enfin un cylindre externe qui dépasse ainsi un peu. L'autre, normale et de forme irrégulière, présente en son centre un orifice se continuant avec un nouveau bout d'intestin sectionné quelques centimètres plus loin. C'est entre les deux gaines qu'était logée l'anse grêle,

OBSERVATION III (résumée)

(Due à BODE)

F. Sp..., fonctionnaire privé, 73 ans, se plaint depuis déjà un an environ de troubles dans le côté gauche de l'abdomen. Les selles sont difficiles et à la fin, elles ne se produisent plus qu'irrégulièrement après l'emploi de purgatifs plus ou moins violents. Plusieurs fois déjà, il avait eu des crises d'occlusion intestinale avec ballonnement généralisé de l'abdomen, qui avaient été traitées par des purgatifs.

Depuis le 28 décembre 1908, une constipation absolue s'établit ; le malade est très anémique, en collapsus ; le ventre fortement météorisé ; pas de péritaltisme, douleurs dans l'hypogastre gauche.

Au toucher rectal, l'anse sigmoïde présente une masse néoplasique indistincte.

Sous anesthésie locale, on établit un anus cæcal, et le malade fut soulagé.

Dans le but de fermer son anus artificiel qui fonctionnait bien, il avait imaginé un tampon en bois qui l'enveloppait de gaze ; ceci bouchait la branche afférente de l'intestin.

Depuis longtemps après son opération, le malade remarquait que l'intestin se prolabaient au dehors à travers l'orifice

de l'anus artificiel ; d'abord insignifiant, atteint progressivement la grosseur d'un poing d'homme, mais réductible.

Dans l'intervalle, l'issue des matières était moins bonne, et le malade prit le soir de l'huile de ricin. Vers le matin, il fut réveillé par des douleurs dans le ventre, particulièrement au niveau de la fistule, mais il les considéra comme une conséquence de la purgation et ne leur a pas attribué d'importance. Mais, peu à peu, les douleurs devinrent plus violentes, s'accompagnant de vomissements. En même temps, il apparaît au niveau de l'anus artificiel une tumeur bien grosse comme le poing, dure, assez fortement humide et irréductible ; elle était en outre extrêmement sensible à la pression et saignait facilement.

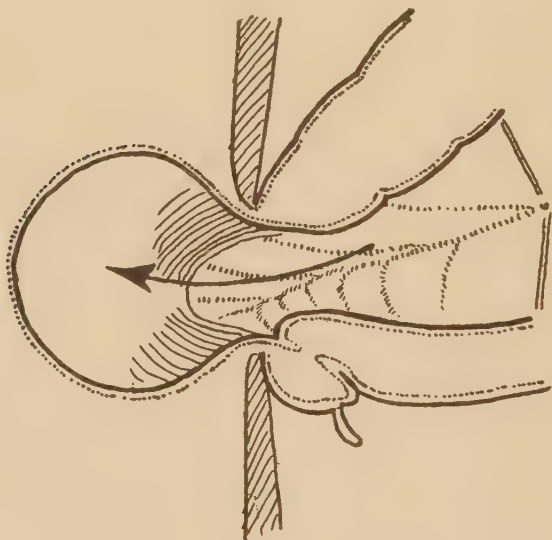


Schéma reconstitué du cas de BODE

C'est dans ces conditions que je fus appelé le 14 janvier 1911.

A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un prolapsus intestinal de par son aspect velouté rappelant les caractères de la muqueuse recouverte de dépôts fibrineux. La tumeur représentant l'éversion de la paroi postérieure de l'intestin, était

déjà grosse comme les deux poings et sortait depuis plus de deux ans; en plus, elle était d'une coloration violacée et d'une consistance dure, élastique et tendue. Le malade se trouvait dans un collapsus marqué et sentait des douleurs très vives au niveau de l'orifice de son anus fermé aux matières et gaz. On n'apercevait d'orifice ni sur la branche afférente ni sur la branche efférente de la tumeur qui sortait par l'orifice complètement oblitéré, comme un pédicule solide, large environ d'un pouce et demi.

En présence de ces accidents, on essaie de réduire sous anesthésie locale le prolapsus. Cette tentative échoue, mais elle amena, par la palpation précise, qu'il n'y avait pas seulement évagination de la paroi postérieure du cæcum, mais aussi la présence d'une anse grêle introduite dans ce sac et qui s'y était étranglée.

On intervient alors pour débrider la tumeur qui s'élargit et s'affaisse; en même temps, sa tension diminuait. Une pression exercée sur le prolapsus faisait entendre des gargouillements bruyants rappelant la réduction d'une hernie dans l'abdomen. Le prolapsus, jusqu'alors tendu et élastique, avait les aspects d'un sac flasque. En même temps apparurent en haut et en bas deux orifices séparés par le sac flasque d'intestin en forme d'éperon. Grâce à un sondage intestinal, on a reconnu que ces orifices appartenaient à deux branches de l'intestin: par l'une afférente, il s'échappait des matières et des gaz. Après lavage, le prolapsus se laissa facilement réduire par une faible pression. Suture de la plaie et mise dans le bout afférent d'un gros drain dérivateur.

Guérison sans incident. Le malade sort le 24 janvier 1911, portant un orifice de colostomie à la région iléo-cæcale juste perméable pour deux doigts; par les efforts, la paroi postérieure du cæcum se prolabaient en tumeur d'une petite pomme facilement réductible.

L'affaiblissement progressif enleva le malade au mois de mai.

Il n'y eut pas de prolapsus au niveau de la typhlostomie.

OBSERVATION IV (résumée)

(Due à USTÉRI)

Il s'agit d'une femme de 67 ans entrée à l'hôpital de Glaris le 22 février 1904. Dans sa jeunesse, elle aurait été anémique. Elle n'accuse pas de fausses couches. Son mari nie toute infection vénérienne.

Au début de février s'installa une constipation précédée de douleurs dans le ventre et de diarrhée. Les selles manquèrent

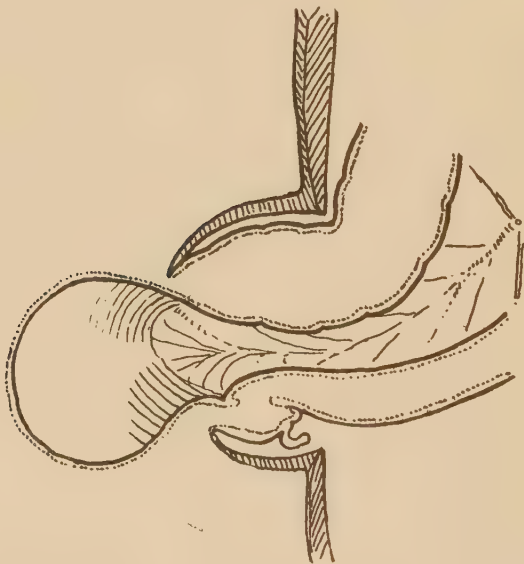


Schéma reconstitué de l'observation d'USTÉRI

pendant quatre à cinq jours et le ventre se ballonna. Un médecin appelé ordonne des lavements et des purgatifs qui n'ont provoqué qu'une évacuation minime.

A son entrée, elle a une température normale, pouls 115, un peu petit; langue sèche.

Son abdomen est ballonné comme un tambour. Ça et là, on aperçoit nettement des mouvements péristaltiques intestinaux, mais on ne peut trouver aucun point où ils prennent

fin. On entend des gargouillements bruyants. La palpation de l'abdomen est peu sensible. La matité hépatique est remontrée. Absence complète des matières et des gaz; au toucher rectal, on ne sent aucun obstacle dans la région accessible du doigt.

On en diagnostique un iléus, faute de plus précis. On se prépare pour une opération immédiate. Anesthésie à l'éther. Incision de la paroi longue de 8 centimètres, parallèle au ligament de Poupart gauche et à trois travers de doigt au-dessus de sa moitié externe, s'attendant à y trouver l'obstacle et y créer un anus gauche. A l'exploration, il semble en effet que l'occlusion siège au niveau de l'anse sigmoïde bridée par des nombreuses adhérences solides. La séreuse des anses grêles distendues présente de petits nodules, du volume d'une lentille, lisses et blanchâtres; on n'en a pas prélevé pour un diagnostic histologique. Il fallut renoncer à un anus gauche, le côlon ne se laissant pas attirer suffisamment à la plaie, et l'on en établit un sur le cæcum, d'où il sort des matières et des gaz en grande quantité.

Pour fermer l'orifice de l'anus, le malade se servait d'un morceau de verre ayant la forme d'un bouchon de bocal et par dessus, il mettait son bandage.

Après avoir passé quatre ans sans troubles notables, le 4 août 1908, la malade ressentit, après une promenade du soir, des douleurs de ventre d'intensité modérée. Elle vomit son diner et, en se mettant au lit, elle fut étonnée de voir, au niveau de son anus, une tumeur volumineuse rouge foncé en forme de saucisse. Appelé, Ustéri apprit que, depuis quelques jours, elle souffrait de constipation et que déjà depuis plusieurs semaines, elle avait remarqué que par la toux il venait faire saillie une petite tumeur rouge foncé, grosse comme une cerise et facilement réductible.

Elle fut aussitôt dirigée à l'hôpital où l'on compléta l'examen. La paroi abdominale est flasque, dépressible, non douloureuse. Il n'existe pas de météorisme, pas de péristaltisme visible, ni de nausées, ni de vomissements non plus.

Au niveau de son anus artificiel, on voit une tumeur en forme de saucisse, élastique et rénitente, très sensible au toucher, à surface veloutée, rouge foncé et sanguinolente,

qui ne peut être que l'intestin évaginé. Ainsi constitué, le prolapsus mesure 10 cm de long sur 5 à 6 cm de large, et faisant saillie de 5 cm au-dessus de la paroi. La muqueuse intestinale lisse et fortement injectée présente quelques points miliaires saillants qui sont évidemment des glandes muqueuses. Il n'existe pas de lumières intestinales aux extrémités. On a l'impression que la muqueuse se continue directement avec la peau du ventre.

La réduction manuelle ayant échoué, on décide une intervention.

Narcose à l'éther. Le prolapsus est cerné par une incision de 5 millimètres de large. A l'ouverture du péritoine, on put voir qu'il s'agissait bien d'un prolapsus de la paroi postérieure du cæcum, comme on le présumait, et à travers l'orifice anal. La raison de son étranglement est qu'une anse grêle a pénétré à travers l'orifice artificiel dans la cavité formée par le prolapsus et s'y est étranglée. Une tentative faite pour réduire l'anse étranglée par traction sur ses deux branches échoua. Il fallut sectionner l'anneau constricteur pour l'extraire de son sac. Après avoir incisé prudemment cet anneau rétréci, il s'écoula aussitôt de l'intérieur du sac environ 50 cmc d'un liquide séreux rougeâtre, ce qui a diminué sa tension. L'anse extraite, longue de 12 cm, en état de stase veineuse très marquée, et porte à ses deux extrémités des signes manifestes d'étranglement, mais sans signe de début de gangrène. L'anse grêle fut réduite, pensant que les troubles circulatoires allaient disparaître. Le sac une fois libéré, se laissa facilement réduire.

Mais après avoir réduit les intestins, on s'aperçut, au moment de l'exploration de la cavité péritonéale, qu'il y avait une hernie ventrale grosse environ comme une petite tête d'enfant, séparée de la cavité abdominale proprement dite par un anneau herniaire mesurant 48 cm de diamètre. Cette hernie est due à un relâchement ou écartement des muscles sous l'influence de la pression abdominale qui, mal développés primitivement, s'étaient atrophiés à la longue après l'opération. De la sorte, au niveau de l'anus artificiel, il s'était formé un diastasis par où le péritoine était hernié au dehors et revêtu seulement de la peau.

Le pronostic paraissait au début pas trop mauvais, mais il s'aggrava le deuxième jour après l'opération. Température, 37°8; pouls, 104-108. Le 7 août, des symptômes de péritonite apparurent.

Le 9 août, mort dans le collapsus.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on voit des anses grêles saillir fort ballonnées et rouges, et à peine unies entre elles par de minces dépôts fibrineux. Au milieu d'elles, on trouve une anse affaissée, décolorée et gangrenée, longue de 10 cm.; elle montre à ses deux extrémités un sillon d'étranglement très net, mais pas de coudure. L'espoir qu'on avait caressé pendant l'opération que l'anse étranglée recouvrerait son intégrité, ne s'est nullement réalisé : mais au contraire, la gangrène s'y était développée et avait provoqué la péritonite généralisée. La paroi portérieure du cæcum prolabé présente une partie de muqueuse de dimensions de la paume de la main nettement infiltrée et de coloration violacée. Toutefois, on ne peut pas parler de gangrène véritable et ce n'est pas là l'origine de la péritonite. L'anse grêle gangrenée est située à 2 cm au-dessus de la valvule de Bauhin, présente une position anormale vers la gauche. Les organes du petit bassin sont englobés par d'épaisses adhérences. Des fistules stercorales partaient au-dessus du rétrécissement du sigmoïde et allaient s'ouvrir dans l'intestin grêle adhérent à lui ou dans le tissu cellulaire voisin. Le rétrécissement, long de 10 cm., fut attribué, après examen histologique, à une inflammation chronique non spécifique.

OBSERVATION V

(du Docteur PETITJEAN, de Vesoul) (in GUIBÉ)

Il s'agit d'un homme d'une soixantaine d'années, cultivateur, se livrant d'habitude à des travaux de force, chez lequel j'avais pratiqué en 1912 un anus iliaque gauche sigmoïdien, pour une occlusion intestinale très accentuée.

J'ai été témoin, en 1913, de deux crises d'étranglement de l'intestin grêle au niveau de cet anus iliaque.

Je n'ai pas pu constater, lors de la première crise, s'il y avait un prolapsus ; mais celui-ci existait d'une façon certaine la deuxième fois.

Je n'ai pu déterminer la cause du premier étranglement, sa seconde crise est survenue pendant que R... fauchait.

Dans le premier cas, l'accident venait de se produire. J'ai pu facilement réduire par taxis la hernie étranglée, mais j'ai eu tort de ne pas rétrécir l'anus iliaque. Dans le deuxième cas, survenu trois ou quatre mois plus tard, la hernie s'était produite dans le cul-de-sac inféro-externe du prolapsus, entre la paroi abdominale et l'intestin, sa disposition se trouvant être à peu près celle du cas de Guibé. L'agent d'étranglement était nettement l'orifice anal.

Le diagnostic en était facile : j'avais sous les yeux une tumeur ovoïde, grosse comme une tête de fœtus à terme, d'aspect velouté, de couleur rouge foncé, saignant très facilement et contenant une ou plusieurs anses intestinales. Il y avait peu de sensibilité au niveau de la tumeur. Je n'ai pas cherché à me rendre compte si les orifices étaient perméables sur un long parcours.

J'avais cru pouvoir réduire la hernie par un taxis prudent, comme la première fois, mais l'accident, cette fois-ci, n'était plus récent ; la hernie était plus volumineuse, l'étranglement plus serré et le malade avait voyagé. J'ai donc dû opérer d'urgence. J'ai trouvé un intestin grêle à parois épaissies, très engoué, mais non sphacélé. J'ai fait quelques sutures à la Lambert sur certains points qui me paraissaient suspects et ai rentré les anses étranglées après lavage à l'éther.

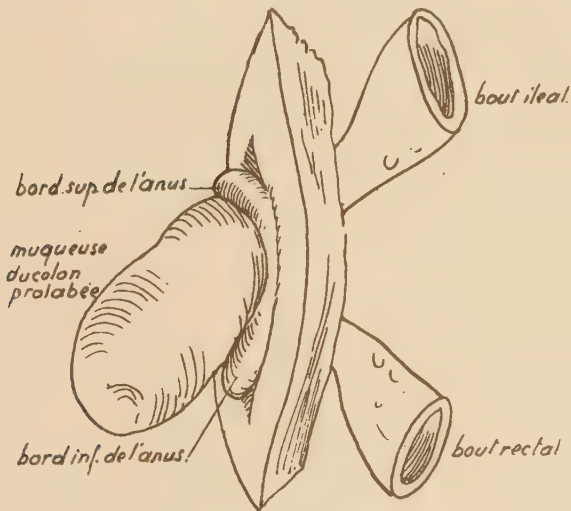
J'ai ensuite restauré le sac sans le réséquer, et j'ai reconstitué l'anus tel qu'il était auparavant.

Les suites furent absolument normales. J'ai su, depuis, que mon opéré n'avait plus eu d'accidents du côté de son anus iliaque.

OBSERVATION VI

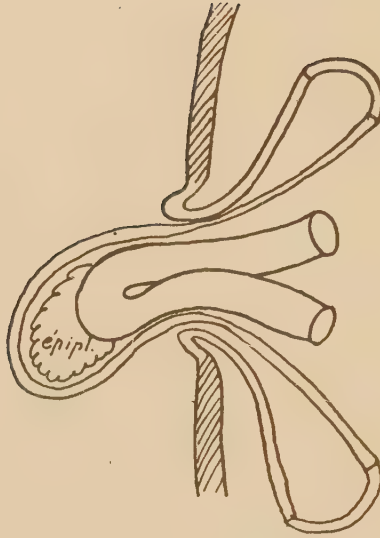
(MASSART, *Bull. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1918, t. I, p. 819)

Observation annoncée mais non publiée dans le Bulletin de la Société de Chirurgie, reconstituée d'après les renseignements qui a bien voulu nous fournir M. le D^r Massart, avec les schémas que nous reproduisons ici.



aspect du sac après son excision.

Homme, 53 ans. — A l'occasion d'accidents d'occlusion, on avait pratiqué un anus iliaque gauche assez haut. Tout fonctionnait admirablement lorsque, un mois après, les phénomènes d'occlusion reparurent et, en même temps qu'eux, on voit l'anus gonflé, turgescent. Intervention de M. Massart, dans le service du docteur Mauclore.



Coupe schématique au niveau du collet

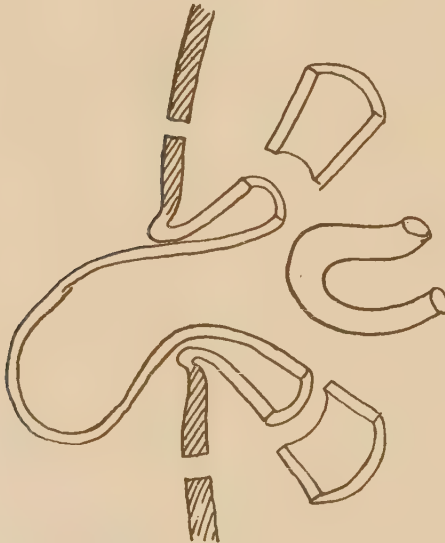
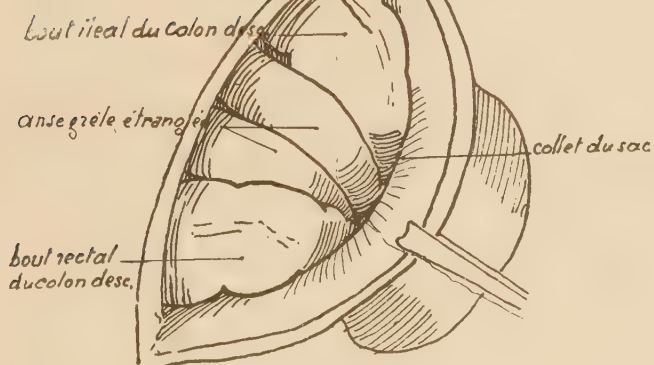
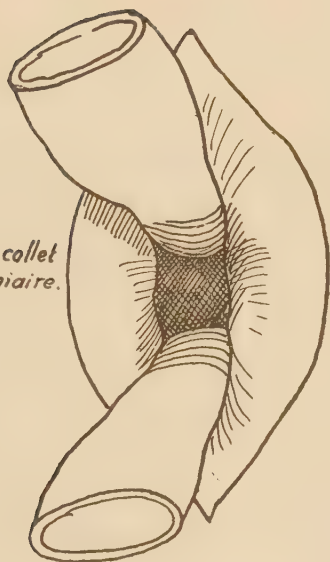


Schéma de l'intervention pratiquée

aspect du collet
du sac herniaire.



Ouverture première en péritoine libre

OBSERVATION VII

(due à l'obligeance de MM. P. BONNET et RICARD)

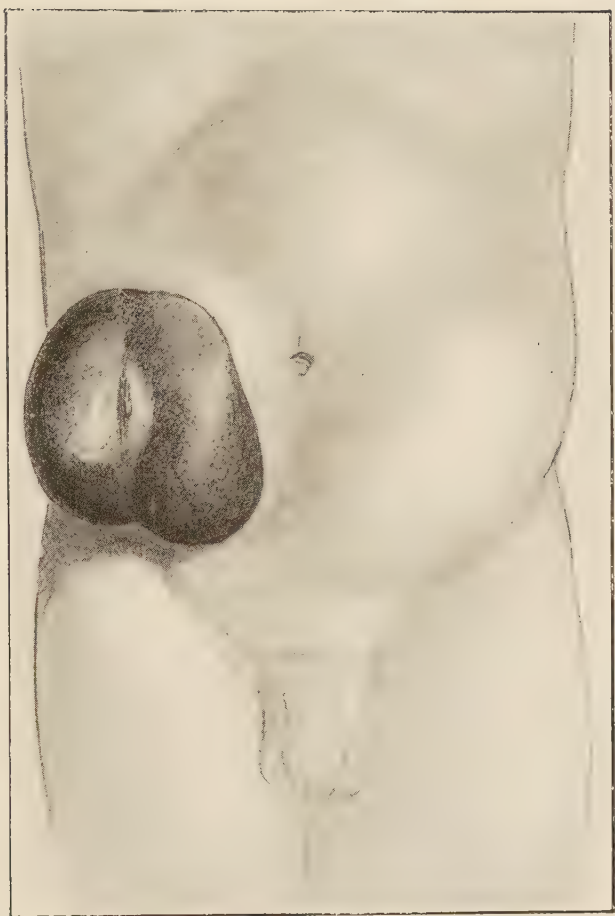
E... Ch., 67 ans, entre à l'hôpital Saint-Pothin, dans le service du Docteur Desgouttes, pour des phénomènes d'occlusion intestinale en septembre 1923.

Au toucher rectal, on perçoit une tumeur attingible à bout de doigt, semblant fixée à la partie antérieure. On pratique un anus cæcal par une incision de Roux, longue de 8 à 10 centimètres. Le malade est un cardiaque arythmique. Son état général s'étant peu modifié quelque temps après la cæcostomie, on décide de ne pas pratiquer à ce moment l'exérèse de la tumeur et le malade repart chez lui.

En février 1924, l'anus se bouche. Les phénomènes occlusifs se reproduisent et le malade revient dans le service où l'on pratique la réouverture du cæcum : après débridement de l'aponévrose qui permet l'agrandissement spontané de la fistule cæcale.

Le 7 mars 1924, le malade eût, dit-il, une indigestion et, vers 14 heures, dans les efforts de vomissement, il ressent une vive douleur dans la région iliaque droite. En même temps, une volumineuse tumeur se constitue brusquement. La tumeur est irréductible, les douleurs persistent, continues, et le malade est amené à l'Hôtel-Dieu vers 23 heures. Il est vu par le docteur Ricard.

On se trouve en présence d'une tumeur volumineuse, de dimension d'une tête d'adulte, prolabée à travers l'orifice de l'anus cæcal. Elle est de coloration lie de vin, tendue, lisse, brillante, et comme séparée en deux lobes par un sillon vertical et médian. On ne voit sur la surface lisse aucun orifice. Aussi pense-t-on à une éventration étranglée par l'orifice. Pour se rendre compte de la nature exacte de cette tumeur, et dans le but de la réduire et rétablir le cours des matières, on pratique au thermocautère une ponction suivant le sillon qui semble correspondre à une bande musculaire. Immédiatement un jet de sérosité noire, sans odeur, jaillit, puis des caillots noirs s'en échappent, dont on favorise l'issue par de



légères pressions. Alors, sous l'influence de ce léger dégorge-
ment, la tumeur s'étant un peu affaissée, on voit apparaître
à la partie inférieure un orifice qui est l'abouchement de
l'iléon, ce dont on se rend mieux compte en le cathétérisant
au doigt. Il s'agit donc, non d'une éventration, mais bien
d'un prolapsus. Une petite mèche est tassée dans l'orifice de
ponction. Pansement large, légèrement compressif sur l'ab-
domen.

Le lendemain matin, un phénomène nouveau est apparu.
La fosse iliaque gauche est tendue par une tumeur limitée
soulevant la paroi, au niveau de laquelle se dessinent des
ondes péristaltiques. Le toucher rectal pratiqué ne laisse abso-
lument rien sentir : pas de tumeur, pas d'adhérences.

En présence de ces symptômes, et guidé par l'existence des
ondes péristaltiques sur un intestin distendu et sonore dans
la fosse iliaque gauche, on fait le diagnostic d'étranglement
du grêle dans un prolapsus. Pour cette raison, on décide d'in-
tervenir en péritoine libre, par une laparotomie médiane.

Opération sous anesthésie générale à l'éther (MM. Bonnet,
Ricard). Incision médiane sous-ombilicale. On trouve une
anse sigmoïde énorme et distendue, semblant en volvulus,
tandis que les anses grêles sont absolument normales. Au
niveau du haut rectum, par la palpation directe, on ne per-
çoit rien, ni adhérences, ni tumeur. A l'exploration de la
fosse iliaque droite, au niveau de la cœcostomie. On perçoit
des anses introduites dans l'orifice, mais ne semblant pas
serrées. Il est difficile de se rendre un compte exact de ce
qui s'y passe. On s'étonne de trouver des anses grêles nor-
males alors qu'on a vu des ondes péristaltiques, et en pré-
sence de cet énorme côlon, on se demande s'il ne s'agit pas
d'une exclusion bilatérale fermée en bas par une tumeur
recto-sigmoïde, fermée au niveau de la cœcostomie par l'étran-
glement du prolapsus. On pratique donc un anus iliaque gau-
che sur l'intestin distendu. Il ne sort que des gaz, pas de ma-
tières. Mise en place d'un tube de Paul.

On referme la plaie de laparotomie par laquelle on renonce
à traiter le contenu du prolapsus, et on décide d'intervenir
directement sur la tumeur herniaire, sur le prolapsus.

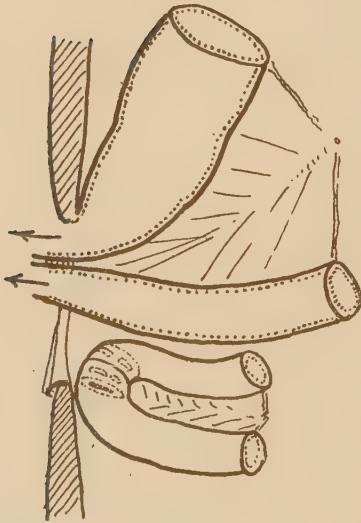
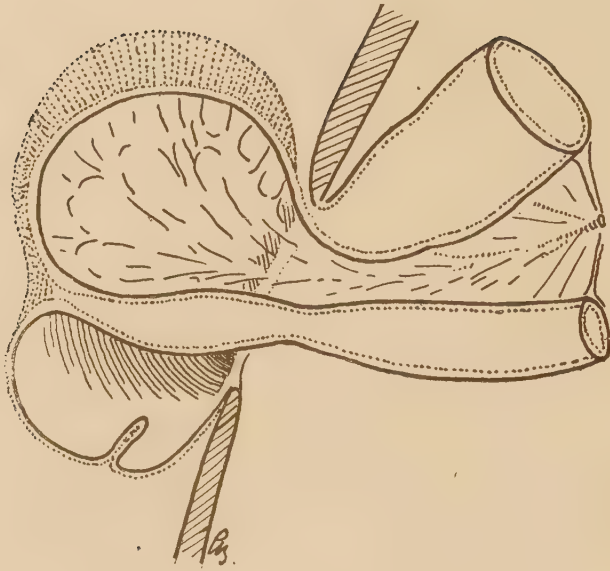


Schéma de l'intervention pratiquée

Par l'orifice de ponction créé au thermocautère quelques heures auparavant, on fait sortir du sang sous forme de nombreux caillots noirs. Elargissant la brèche, on trouve dans la poche constituée par le cæcum évaginé une anse grêle longue de 30 cm environ, complètement sphacélée, noire, en imminence de perforation. On pratique alors rapidement une excision en collerette de tout le cæcum évaginé. On trouve l'appendice, la terminaison du grêle et l'anse sphacélée. Le mésentère est violacé et farci de thrombus dans ses vaisseaux extrêmement dilatés. L'anse grêle est attirée le plus possible au dehors et réséquée. On pratique une anastomose bout à bout au bouton de Villard. L'anastomose sera laissée extériorisée et fixée par un point à l'orifice de la plaie.

La terminaison du grêle est réséquée au niveau de l'anneau d'étranglement et abouchée à la paroi avec mise en place d'un tube de Paul.

Enfin, on se débarrasse de ce qui reste du cæcum et l'on arrive ainsi à isoler le bout ascendant du côlon dans lequel est placé un autre tube de Paul. Ceci fait, on pratique la suture hémostatique du mésentère et on adosse par quelques points la demi-circonférence de l'iléon et du côlon abouchés à la paroi.

Au cours de l'opération, il n'est absolument rien sorti par le bout colique, non plus que par le bout iléal. Lors de la résection de l'anse sphacélée, on n'a jamais vu d'issue de matières ni de gaz.

Durée de l'intervention totale : 50 minutes.

Les jours suivants, le malade conserve un état général convenable. L'issue des matières s'installe par l'orifice du grêle. Cependant, au sixième jour, le malade décline brusquement et meurt le 14 mars.

A l'autopsie, on trouve au niveau du foyer opératoire un peu de pus brun chocolat. A l'ouverture de l'abdomen, on ne voit pas de liquide, pas de signe évident de péritonite. L'intestin grêle est affaissé, sauf le bout supérieur au-dessus de l'anastomose, qui est un peu distendu. Sous l'angle gauche du côlon, on trouve, masquée sous la partie initiale de l'iléon, un petit foyer de péritonite circonscrite, renfermant un verre de pus. Le côlon transverse, très distendu, est com-

plètement refoulé sous le diaphragme, comprimant l'estomac. Le côlon descendant est normal, quoique un peu hyperémié.

Au niveau du foyer opératoire, vers l'anus cæcal, tout est enveloppé dans des adhérences post-opératoires datant de l'établissement de la cæcostomie. La terminaison du grêle, qui passe en un faisceau d'adhérences, fait suite à un intestin très rétracté.

L'anastomose des deux bouts de l'anse réséquée a parfaitement tenu. Elle siège à 1 m/m 50 de la terminaison du grêle. Le bout colique, très largement ouvert, est situé très en arrière. On cherche le néoplasme. C'est un cancer en ficelle du haut rectum, sans aucune adhérence et parfaitement mobile.

CONCLUSIONS

L'hédrocèle étranglée est un accident rare.

Il s'observe aussi bien au niveau de l'anūs iliaque gauche qu'au niveau de la cœcostomie.

L'anūs latéral sans fixation du mésentère seul semble y être exposé.

Le prolapsus peut préexister. Plus souvent le prolapsus et l'étranglement du grêle se trouvent réalisés simultanément.

Anatomiquement, les parois du gros intestin prolabées constituent un sac complexe, dans lequel une anse grêle s'engage et s'étrangle, probablement d'emblée, l'agent d'étranglement étant réalisé par l'orifice cutané, cicatriciel et inextensible, de l'anūs contre nature.

Les choses se passent à la façon de l'étranglement herniaire dans l'orifice crural. En aucun cas, il ne s'agit d'étranglement intrasacculaire, comme dans une hernie ombilicale.

La gangrène de l'anse grêle se fait de façon précoce, alors que les parois du sac restent saines.

Cliniquement, cet accident se manifeste par l'existence d'un prolapsus irréductible associé aux signes de l'occlusion intestinale. Aux signes d'occlusion du grêle se surajoutent, s'il s'agit d'une cœcostomie, des signes d'occlusion du gros intestin.

Le diagnostic s'impose dans les cas simples; mais peut être difficile à établir de façon précise. Cependant, les signes d'occlusion conduisent à l'intervention.

Le pronostic est extrêmement grave.

Le taxis, particulièrement dangereux, doit être pros- crit de façon absolue. Les méthodes opératoires ont pour but de lever l'obstacle, réduire ou traiter l'anse étran- glée, enfin remettre l'anus en état.

On peut avoir à discuter : 1° La réduction pure et sim- ple après débridement de l'agent d'étranglement hors du sac et hors du péritoine, méthode légitime dans les tou- tes premières heures; 2° l'abord primitif du pédicule par laparotomie en péritoine libre, au voisinage du prolap- sus comme dans la hernie ombilicale étranglée; 3° l'in- tervention directe sur la tumeur herniaire. Le traitement de l'anse grêle étant conduit dans tous les cas comme dans l'étranglement herniaire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 10 Novembre 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BODE. — Sur l'étranglement de l'intestin grêle dans un prolapsus du gros intestin au niveau d'un anus contre nature (in *Beiträge zur Klinischen chirurgie*, 1911, t. LXXIV).
- P. BONNET et RICARD. — Etranglement de l'intestin grêle dans un prolapsus du gros intestin au niveau d'une cœcostomie (*Société de Chirurgie de Lyon*, 11 décembre 1924).
- GÉRAUD. — Des complications de l'anus contre nature. (*Thèse de Paris*, 1901-1902, p. 127).
- GUIBÉ. — De l'étranglement de l'intestin grêle dans un prolapsus du gros intestin, au niveau d'un anus contre nature (in *Revue de Chirurgie*, 1914, t. II, p. 522, et *Revue de Chirurgie*, 1915-1916, p. 138 et 279).
- MASSART (R.). — Sur un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle dans un prolapsus développé aux dépens d'un anus contre nature (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1918, t. I, p. 819).
- USTERI. — Un cas d'étranglement rare d'une anse grêle dans la paroi postérieure-prolabée d'un anus cæcal (in *Zeitschrift für Chirurgie*, t. CIII, 12 déc. 1909).
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	7
Introduction.	9
Etiologie	11
Anatomie pathologique et Pathogénie	15
Symptômes et Diagnostic.	25
Pronostic	31
Traitement	33
Observations	41
Conclusions.	67
Bibliographie	69
